

Complément dossier M21-0014350

MUPRAS
RECEPTION



DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Accord Préal

Le 27/07/2023

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 1771 e-mail : Phones : 0666031361

Nom et Prénom de l'adhérent : EL MOUTARAJI Ahmed

Nom et Prénom du bénéficiaire : lui-même

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : est Hantousi Ahmed

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. une hospitalisation de (approximatif)

Nécessite une hospitalisation de (approximatif)

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

RAT

RAT

Une hospitalisation de (approximatif)

A (préciser l'établissement hospitalier)

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

- Fibrose pulmonaire
- syndrome à l'insuffisance

Cachet, date et signature du praticien



A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

RAT

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

